

# 問 診 票

ふりがな		生	S・H・R			身長	体重
お名前	旧姓 (            )	年 月 日	年	月	日	cm	kg
			(            歳)				
現住所	〒					連絡先	自宅 携帯 他
住民票 住所※	〒						
※現住所と異なる場合のみ記入してください							

1. 本日はどのようなことで来院されましたか？（複数回答でもかまいません）

- 赤ちゃんが欲しい
- 流産を繰り返す（不育症）
- 妊娠の診断（妊娠テストをした \_\_\_\_月\_\_\_\_日 結果：陽性・陰性）
- 月経異常（不順 最近来ない 量が多い 量が少ない 月経痛が強い）
- 月経前の体調不良（からだやこころの不調）
- 月経以外の腹痛・腰痛がある 月経以外の出血がある
- 子宮筋腫があると言われた 卵巣嚢腫があると言われた 子宮内膜症があると言われた
- 検査の希望（子宮がん検診 性感染症の検査）
- おりものの異常（量が多い 色がつく においがする）
- 陰部の異常（かゆみがある 痛みがある しこりがある）
- 更年期障害の心配 ほてり・発汗・肩こりがある
- 避妊の相談
- その他 {

2. 月経についてお答えください。

- ①初めて月経が始まったのは\_\_\_\_歳頃
- ②閉経したのは\_\_\_\_歳頃
- ③一番最近の月経は H・R \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日から \_\_\_\_日間
- ④その前の月経は H・R \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日から \_\_\_\_日間
- ⑤月経周期は：順調 不順  
     順調で \_\_\_\_日周期、不順で早いときは \_\_\_\_日くらい、遅いときは \_\_\_\_日くらいで来る
- ⑥月経の量は：少ない 普通 多い 塊が出る
- ⑦月経の時に痛みが：ない 少し 痛み止めを内服する程度にある 寝込むほど強い
- ⑧乳汁が出るのが：ない ある

3. 子宮がん検診についてお答えください。

- ①子宮がん検診を受けたことが：ない ある
- ②一番最近の子宮がん検診は：H・R \_\_\_\_年 \_\_\_\_月頃受診 異常は：なし あり

4. 生活習慣についてお答えください。

- ①タバコを：吸わない 吸う（1日 \_\_\_\_本 × \_\_\_\_年間）
- ②お酒を：飲まない 飲む（\_\_\_\_/日）（例：瓶ビール1本/日）

★2枚目以降もご記入下さい

5. 妊娠・分娩についてお答えください。

■性交渉をしたことが：ない ある

■妊娠したことが：ない ある

	年月日および 分娩施設	妊娠方法	経過	妊娠中の合併症	性別	体重	流産をご経験の方は こちらをご記入ください
1	S・H・R 年 月 分娩施設：	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精	<input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 (理由： <input type="checkbox"/> 早産 ( 月) <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 胎盤異常 <input type="checkbox"/> 前置胎盤 <input type="checkbox"/> 胎盤早期剥離	男・女	g	<input type="checkbox"/> 妊娠反応のみ <input type="checkbox"/> 袋(胎のう)が見えた <input type="checkbox"/> 心拍が見えた <input type="checkbox"/> 流産処置 <input type="checkbox"/> 自然排出
2	S・H・R 年 月 分娩施設：	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精	<input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 (理由： <input type="checkbox"/> 早産 ( 月) <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 胎盤異常 <input type="checkbox"/> 前置胎盤 <input type="checkbox"/> 胎盤早期剥離	男・女	g	<input type="checkbox"/> 妊娠反応のみ <input type="checkbox"/> 袋(胎のう)が見えた <input type="checkbox"/> 心拍が見えた <input type="checkbox"/> 流産処置 <input type="checkbox"/> 自然排出
3	S・H・R 年 月 分娩施設：	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精	<input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 (理由： <input type="checkbox"/> 早産 ( 月) <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 胎盤異常 <input type="checkbox"/> 前置胎盤 <input type="checkbox"/> 胎盤早期剥離	男・女	g	<input type="checkbox"/> 妊娠反応のみ <input type="checkbox"/> 袋(胎のう)が見えた <input type="checkbox"/> 心拍が見えた <input type="checkbox"/> 流産処置 <input type="checkbox"/> 自然排出
4	S・H・R 年 月 分娩施設：	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精	<input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 (理由： <input type="checkbox"/> 早産 ( 月) <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 胎盤異常 <input type="checkbox"/> 前置胎盤 <input type="checkbox"/> 胎盤早期剥離	男・女	g	<input type="checkbox"/> 妊娠反応のみ <input type="checkbox"/> 袋(胎のう)が見えた <input type="checkbox"/> 心拍が見えた <input type="checkbox"/> 流産処置 <input type="checkbox"/> 自然排出

6. あなたとパートナー、およびあなたのご家族(血縁者)についてお答えください。

①あなたは：既婚(S・H・R 年 月 歳で結婚) 未婚 近く結婚予定  
死別した 離婚した 再婚した

②パートナーは： 歳 健康 病気がある(病名 )

③パートナーの国籍は：日本 外国( )

④ご家族(血縁者)に以下の病気の方がいらっしゃいましたら( )内に続柄をご記入ください。

- ・糖尿病 ( ) ・高血圧 ( ) ・心筋梗塞 ( ) ・脳卒中 ( ) ・血栓症 ( )
- ・乳がん ( ) ・卵巣がん ( ) ・子宮がん ( ) ・大腸がん ( )
- ・子宮筋腫 ( ) ・子宮内膜症 ( ) ・その他 ( )

7. 今までかかった病気・手術についてお答えください。

①指摘された病気が：ない ある 高血圧 糖尿病 喘息 甲状腺疾患 精神疾患 腎疾患 膠原病  
てんかん 血液疾患 心血管疾患 がん治療後 性感染症 その他  
病名 ( , , )

②現在服用中の薬が：ない ある  
薬名 ( , , )

③手術をしたことが：ない ある (年齢 歳頃 手術名 )  
(年齢 歳頃 手術名 )  
(年齢 歳頃 手術名 )

④アレルギーの出る薬や食べ物などが：ない ある(薬： 他： )